

- 17- Keshavan et al, Psychiatric presentation of CJD: Brit J. Psc. 151: 260-263, 1985.
- 18- Kiloh: Clinical Electroencephalography, Butterworths Co. Ltd, 171-172, 1981.
- 19- Kitomoto Tateishi J., Amyloid plaques in CJD strain with prior protein antibodies. Ann. Neurol. 20: 204-208, 1986.
- 20- Kurada Y., Kaneoka H. HLA study of Japanese patients with CJD: Significiant association with HLA-DOW3, Ann. Neurol. vol 20: 3 1986.
- 21- Mandell A, Alexander M, et al, CJD presenting as isolated aphasia: Neurology, 39: 55-58, 1989.
- 22- Manuelidis E, Rorke L, Transmission of Alper's disease produces experimental CJD in hamstern: Neurol 39: 615-621, 1989.
- 23- Masters Colin L., Gajdusec C. The familiar occurence of CJD ve Alzheimer disease. Brain 104: 535-558, 1981
- 24- Moru S.: A CJD agents (Echig-L strain) recovered from brain tissue showing the panencephalopathic type disease, Neurol 39: 1337-1342, 1989.
- 25- Rappoport Elizabeth, Tatrojenic CJD, Neurol 37: 1520-1522, 1987.
- 26- Rowland L. Merritt's Textbook of neurology, Lea and Febinger, 126-129, 1989.
- 27- Rosenberg R. The Clinical Neurosciences vol 1, Churchill Livingstone Sy: 358-359, 1983.
- 28- Salazar A., Masters C. Syndromes of Amyotrophic Lateral Sclerosis, and Dementia: Relation to transmissibl CJD, ann. Neurol 14: 17-26, 1983.
- 29- Salvatore Raiti, Human growth hormone and CJD, Ann Int. Med vol: 103 No: 2, 228-229, 1985.
- 30- Shibasaki H, Neshige R, et al, Photic cortical reflex myoclonus, Ann. Neurol. 22: 252-257, 1987.
- 31- Tateishi H, Nagara H, Amyloid plaques in the brain of mice with CJD Ann. Neurol. 15: 278-280, 1984.
- 32- Taylor David, Autoclaving standars for CJD agent, Ann Neurol, vol: 22 No: 4, 1987.
- 33- Tunçbay Töre, etal, Creutzfeldt Jakob hastalığı, XXL Ulusal Psikiatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Bilimsel Çalışmalar Kitabı, 341-344, 1985.
- 34- Willi R.G., A retrospective study of CJD in England and Wales 1970-1970 II. Epid. J. Neurol. Neurosur. Psych. 49: 749-755, 1986.
- 35- Yamanouchi H, et al, unilateral CJD, Neurol. 36: 1517-1520, 1986.
- 36- Zochodne, D.W. et, al. CJD without periodic sharp wave complexes, Neurol, 38: 1056-1060, 1988.

## BEDENSELLEŞTİRME-DEPRESİF BOZUKLUKLAR İLİŞKİSİ (BİR GÖZDEN GEÇİRME ÇALIŞMASI)

Dr. Mustafa SERCAN\*

**ÖZET:** Bedenselleştirme, bedensi bozukluklar dışında birçok psikiyatrik bozuklukta, bu arada depresif bozukluklarda da sık görülen bir durumdur. Depresif bozukluklarda bedenselleştirmenin ortaya çıkışında sosyokültürel özelliklerin etkinliği savunulmaktadır.

Bu yazıda depresif bozukluklarla bedenselleştirmenin biyopsikososyal bakış açısından ilişkileri üzerinde durulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Bedenselleştirme, depresif bozukluk.

## RELATIONS BETWEEN SOMATIZATION AND DEPRESSIVE DISORDERS (A REVIEW STUDY)

**SUMMARY:** Somatization is a state that is seen frequently in depressive disorders too, except somatoform disorders. Appearance of somatization in depressive disorders is influenced by sociocultural features according to most authors.

Key Words: Somatization, depressive disorders

### A- TANIM VE TERMİNOLOJİ

1- Bedenselleştirme (Somatization):  
Bedenselleştirme, heyecan (emotion) sorunlarının ve ruh-

sal toplumsal zorlanmaların bedensel belirtilerle anlatımı olarak tanımlanabilir (28). Bedenselleştirme bir rahatsızlık (illness) ya da hastalık (disease) değil, bir kişinin gerçekte hastalığın tıbbi delilleri yokken, bedensel bir hastalığı olduğu

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

inancı ve bu inanç doğrultusundaki davranışlarını betimleyen geniş bir terimdir. Bu kullanımıyla bedenselleştirme terimi, Bedensi (Somatoform) Bozuklukları da kapsayan, ama onunla sınırlı olmayan bir kavram getirir (4). Bir çok tanımlamada yetersizliğin derecesi, bütün işlevlerin ortadan kalkmasından, bir kaç dakikalık kısa sürelerle sınırlı bir işlev bozukluğu arasında değişir (24).

Çeşitli tanı ve sınırlama dizgelerinde yalnızca bedenselleştirme belirtilerinin yer aldığı klinik tablolar yanında, bedenselleştirmenin bir belirti demeti ya da sendrom olarak bir çok psikiyatrik tabloda eşlikçi olarak yer aldığı da bilinir. Organik kökenli hastalıklarda da bedenselleştirme, hastalığın bedensel belirtilerinin abartılması ya da küçültülmesi biçiminde ortaya çıkar (17).

## 2- Depresif Durumlar:

"Çöküntü" anlamına gelen "depresyon" sözcüğü, ruh hekimliği alanında bir yandan klinik durumların, bir yandan da olağan bir ruhsal tepkinin adlandırılmasında kullanılır. Karışıklıklara yol açan bu çoklu kullanımın sakıncalarını önlemek için, sözcüğün sıfat halinin "depresif" biçiminde kullanılması daha yararlı görülmektedir. Bu çalışmada, değişik sınıflama dizgelerinde çeşitli adlarla anılan depresif durumların hepsi "Depresif Durumlar" başlığı altında ele alınmıştır.

## B- BEDENSİ BOZUKLUKLAR

### 1- Psikoanalitik Görüşler:

Histerik nevrozlar içinde ele alınan Dönüştürme (Conversion) Bozukluğu, Hippocrates zamanından beri bilinmektedir (12). Ortaçağ Avrupa'sında histeri belirtileri doğaüstü güçlere bağlanırken, 19. yüzyılda Griesenger'le başlayan organojenik görüşle birlikte organik bir hastalık olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (15).

Söz konusu klinik tabloya "Dönüştürme Histerisi" adını veren Freud, dönüştürme terimi ile 'bastırılmış ve halen baskı altında tutulan cinsel enerjinin, bedensel belirtilere dönüştürülmesini' anlatmak istemiştir. Ferenczi, Abraham ve Fenichel dönüştürmenin temelinde bir "beden dili" kullanılması, bedensel ve ruhsal kimi ön koşulların ve hazırlıkların bulunmasının öneminden söz etmişlerdir (7). Ancak Benlik Psikoanalizi savunucuları, insan davranışlarının yalnızca "id"-den gelen dürtülerin değil, yaşanan olaylarla, öğrenmeyle ilgili örüntülerin de önemli etkileri olduğunu ileri sürmüşlerdir (11).

Hipokondriyazis, "organ nevrozları" içinde ele alınır ve analizi okula göre oral döneme geri dönüşü simgeler. "Bir engellenme halinde narsissistik bir içe dönmeye tepki gösterme yatkinliğinin hipokondriyak duyumlara yol açtığını" ileri süren bu okul hipokondriyazisin oluşumunda bozulmuş "beden imgesi"nin etken olduğunu, libidonun bozulmuş beden imgesindeki organ temsilcilerine yüklendiğini savunurlar (7). Hipokondriyazisin gelişiminde anal erotizme, mazohizme, gerilemeye (regresyon) yer veren psikanalistler de vardır (17).

Ruhkökenli Ağrı (Psychogenic Pain) konusuna psikoanaliz okulunun yaklaşımı, ağrının anksiyeteye karşı kasların distonik bir yanıtı olduğu biçimindedir (7).

### 2- Biyopsikososyal Görüşler:

Bu görüşteki yazarlara göre bedenselleştirme, bireyin dışkökenli (çevresel, toplumsal) ya da içkökenli (ruhsal, fizyolojik) uyarılara özel bir yanıtı olarak görülebilir. Bu uyarılara bireyin yanıtı ruhsal, ailevi, sosyal, kültürel bir çok etmence etkilenebilir, bu dış etkenler, uyarının kendisi denli önemlidir (Şekil 1 ve Şekil 2)

Ruhbilimsel ve Kişiliğe İlişkin Etmenler: Zorlayıcı etmenlerle bireyin nasıl başa çıktığını belirlemede, kişilerarası etmenler, yaş ve gelişim aşamaları önde gelir. Engel (1959)'e

göre bedenselleştirici kişilik üç özellikte belirlenir. 1- Kronik suçluluk, mazohizm, hastalığı bir ceza olarak değerlendirme, 2- Haksızlığa uğramış olma duygusuyla düşmanlık, 3- Aşırı kişilerarası bağımlılık ve bağılılık. Bedenselleştirme, herhangi bir kişilik yapısında ama en sık, histriyonik, narsissistik, bağımlı, kompulsif ve mazohistik kişilik yapılarında görülür. Ruhsal zorlamalar yalnızca başlatıcı etken olarak görülmelidir. Zorlanma, otonomik sinir dizgesinin yüksek etkinliğine bağlı olarak bedensel duyuların artmasına yol açabilir. Böylece psikiyatrik bozukluklar öncelikle bedensel yakınmalarla dile getirilir (28).

Ailevi Etmenler: Her ailenin sorunlarıyla başa çıkmada aile üyeleri, kuralları vardır. Ailede çocuk, çevresine, toplumsal dünyasına ve iç duygularına uygun yanıtları öğrenir. Meehan (1972, 1979)'e göre çocuklar bedensel, ruhsal sorunlarını ayırtırmayı bilmezler, bunları erişkinlerin tepkilerinden öğrenirler. Bedensel yakınmaların öne çıktığı ailelerde, çocuk dikkati çekmek için bedensel yakınmalar geliştirir. Engel (1959)'in çalışmasında 'ağrı yakınması' olan hastaların ailelerinde 1- Bedensel ve sözel olarak kötü davranan ana-babalar olduğu, 2- Aşırı soğuk ve uzak davranan ana-babaların, çocuklarıyla yalnız hastalandıklarında ilgilendikleri, 3- Ailede rahatsızlık örüntüsü ve ağrı sorunu olduğu bulundu (28). Bazı ailelerde bedenselleştirme, ana-baba arasındaki çatışmalardan doğan sorunlara bir sistem çözümü olarak hizmet edebilir (23). Böyle durumlarda çatışmaların söze çözümünde yetersizlik olduğu, ailedeki çatışmaların söze çözümünde yetersizlik olduğu, ruhsal sorunların yadsındığı gözlenir. Böylece, bu tür bir aileden gelen çocuk, erişkin yaşamında psikososyal sorunlarıyla başa çıkmada bedenselleştirme yolunu kullanabilir.

Sosyokültürel Etmenler: Toplumsal yapı ve kültür, yaşanan biyolojik ve ruhsal süreçlerin oluşum yolunu derinden etkiler. Tıbbi sosyoloji alanında, hastalık (disease) nesnel olarak ölçülebilen ya da gözlenebilen biyolojik ya da ruhsal süreçlerde bir işlev bozukluğu olarak tanımlanır. Rahatsızlık (illness) ise, kişi aile ve toplumsal örgütlenme tarafından bazı belirtilerin hastalık olarak algılanması, değerlendirilmesi, açıklanması ve adlandırılmasıdır. Rahatsızlık, öznel bir durumdur. Bu iki olgunun çakıştığı durumlar olsa bile çoğunlukla birinin varlığında öbürünün olmadığı kabul edilir (9, 28, 4). Toplumsal, siyasal, dinsel ve ekonomik çıkarımlar ve tutumlar öncelikle psikiyatrik tanıları damgalayarak bedensel tanımlara prim verirler. Bu tür toplumsal tutumlar kişileri bedensel yakınmalara iterler. "Tıbbi hasta rolü" kişiyi toplumdaki sorumluluklarından ve yükleneyeceği işlerden de korur (9, 3, 29).

Sağlık Örgütlenmesi ve Sağlık Çalışanlarının Etkisi: Bedensel bozuklukların tanı ve tedavisiyle uğraşan hekimlerin çoğu bedensel terimlere yöneliktirler. Bedenselleştirici bir hasta hekime başvurduğunda yakınmalarının organik bir temeli olup olmadığı araştırılmalıdır. Bu süreçte bir çok hekim, kişiyi biyopsikososyal açıdan değerlendirmekten, bir zihinsel sağlık uzmanına göndermekten kaçınır. Bu biyopsikososyal açmazın kültürel özelliklerle de desteklendiği göz önüne alınrsa sorunun çözümlesindeki güçlükler açıkça görülecektir (28, 4, 9). Kenyon, bir yandan toplumsal iletişimin artmasıyla, yakınmalarını bir hekim yerine arkadaşına, akrabasına bir magazin dergisine açanların artışı, öte yandan sağlık tutumlarının değişmesiyle zayıflama, yoga, meditasyon gibi metapsikolojik yöntemlerin moda olmasıyla da bedenselleştirmenin ilgili olduğu görüşündedir (17).

## C- DEPRESİF BOZUKLUKLARIN BEDENSEL BELİRTİLERİ

Depresif bozuklukların ve depresif belirtilerin kadınlarda daha sık görüldüğü bir çok çalışmada bildirilmiştir (30, 26).

Byrne (1981), belirtilen cinsler arasında nitel yönden de farklılık gösterdiğini, kadınlarda bedensel belirtilerin ve yeme bozukluklarının daha yüksek olduğunu buldu (5).

Duygulanım bozuklukları üzerindeki erken dönem çalışmaların, aşağı sosyo ekonomik düzey toplum katmanlarında depresif bozuklukların görülmediği yönündeydi (29). Ancak bu sonuçların depresif bozuklukların bedensel belirtilerini göz önüne almayan danımlamalardan kaynaklandığı yakın zamanlarda anlaşıldı. Aşağı sosyoekonomik sınıfta bedensel belirtilerin baskın olduğu, depresif belirtilere bedensel belirtilerin eşlik ettiği yönünde sonuçlar elde eden çalışmalar çoğalmaktadır (9, 1). Benzer bir durum ırk konusunda da gözlemlenmiştir. Erken dönemlerde Asyalılar'da, Afrikalı ya da Amerikalı zencilerde depresif bozuklukların çok az olduğu yönünde bulgular elde edilmişti, daha sonra bunların doğru olmadığı, beyazlar dışındaki ırklarda da yakın insidens ve prevalans değerleri olduğu saptanmıştır (29). Geçmişteki bu fark bir yandan beyaz olmayan ırkların düşük sosyoekonomik katmanlardan gelmelerine (3), öte yandan sosyokültürel nedenlere bağlı olduğu düşünülen, depresif bozukluklarda belirtilerin Avrupa ve Amerikalı beyazlarınkinden farklı olmasına bağlanmıştır (29). Laubsher (1936), Güney Afrika yerlilerinde konfüzyonel ve hezeyanlı özelliklerin, Lambö (1960), Nijerya yerlilerinde bedensel yakınmaların baskın olduğu depresif belirtilerin çoğunlukta olduğunu bildirdiler. Bu belirtili örüntüsü Batılılaşma arttıkça azalmaktaydı (29, 25). Carstairs (1975) ve Mubbashar (1976), İngiltere'de yaşayan Hintliler ve Pakistanlılar arasında depresif bozuklukların bedensel belirtilerin baskınlığıyla süregittiğini vurguladılar. Batılı olmayan kültürlerdeki bu farklılıkların ırk etmeninden çok sosyokültürel etmenlerin bir sonucu olduğu yönünde görüş birliği vardır (29, 8, 25).

**Depresif Bozuklukların Biyolojik Özellikleri:** Depresif bozukluklarda bozulan iştah, cinsel işlev, adet görme, saldırganlık gibi bedensel özelliklerin düzenlenme yeri hipotalamustur. Hipotalamus hipofiz bağlantısını, endokrin işlevler üzerindeki etkinliği dikkatleri nöroendokrinolojiye çekmiştir. Plazma kortikol düzeyleri araştırılmaya, deksametazonun baskılayıcı etkinliği araştırılmaya başlanmıştır. Depresif kadınlarda T3 ya da TSH'nın antidepresan ilaçlara yanıtı hızlandırdığı, TRH'a bozuk TSH yanıtı alındığı bilgisi nöroendokrinolojik çalışmaları genişletmiştir. Ancak endokrin değişikliklerle, depresif bozukluklar arasındaki ilişkinin neden-sonuç bağlantısı tam kurulamamıştır (21). Bedenselleştirme ile hormonal fizyolojik yanıtılığın ilişkisi de yanıtını bekleyen bir soru olarak durmaktadır.

**Depresif Bozuklukların Ruhbilimsel Açıklama Girişimleri:** Abraham, depresif bozuklukların oluşumunda ağızsalılık (orality) ve çift değerlilik (ambivalence) üzerinde durmuştur. Oral takılma düzeyine gerileme, sevilen nesnelere birlikte kızgınlık ya da düşmanlığın da yutulmasına yol açacaktır. Depresif hastalardaki öz saygısı düşüklüğünün nedeni de budur. Freud, depresif kişinin, bir yitiğe karşı duyulan öfkeyi içe yansıtarak kendine yönelttiğini ileri sürdü (14, 22).

Hirschfeld ve Klerman (1979), bir araştırmalarında depresif hastaların kişilik profilini çıkardılar. Depresif bozukluğa yatkınlık gösteren kişilerin, kişilik özellikleri şunlardır: Zorlanım altında kırılabilirlik olasılığı, enerji azlığı, güvensizlik, içedönüklük ve duyarlılık, üzüntüye eğilimlilik, toplumsal beceri azlığı, bağımlılık ve obsesiflik (3).

#### D. DEPRESİF BOZUKLUKLAR-BEDENSELLEŞTİRME İLİŞKİSİ

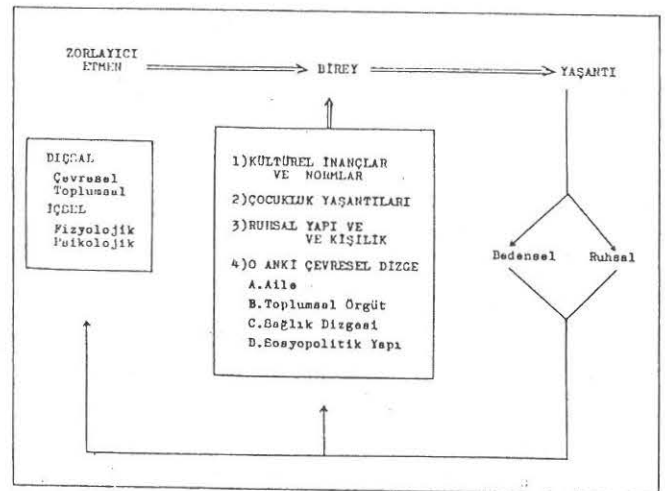
Kraepelin'li başlayan tanımlayıcı ruh hekimliğinin, depresif bozukluklarda ruhsal-bilişsel belirtilere tanıdığı öncelik, bedensel yakınmaları önde olan bir çok depresif hastanın ruh hekimleri dışındaki uzmanlara başvurmasına, tedavinin tam

sağlanamamasına yol açtığı bilinmektedir. Bedensel belirtileri ile hekime başvuran bu hastaların antidepresan tedaviden yararlandıkları da bir gerçektir (20, 25, 13). Çeşitli bedenselleştirmelerin "maskeleyiği" bu tür depresif bozuklukların tanımlanmasından sonra değişik kültürlerdeki depresif bozukluk tanısı kolaylaşmış, bedensel belirtiler depresif bozuklukların tanı ve tedavisinde önemli bir etken olagelmıştır (29, 20, 25).

Maskeli depresyonları Lesse (1979) iki bölümde inceledi. a- En genel olarak, maskeli depresyonlar psikosomatik bozuklukların, hipokondriyazisin ya da daha seyrek olarak çeşitli davranış örüntülerinin ardına gizlenir. Hekim bu belirtilerin ardına bakarsa depresif öz belirginleşir. b- Başka bir konum da bu belirtilerin bir ucunda depresif tepkinin bulunduğu klinik bir yelpaze içinde bulunmasıdır. Ruh hekimleri yaşamın erken dönemlerinde hipokondriyak örüntü gösteren kişilerin, sonraları depresif tepkiler geliştirdiklerini sıklıkla gözlemişlerdir. Hipokondriyazis, fobiler ve psikosomatik bozuklukların psikodinamik mekanizmaları depresif hastalarda gözlenenlerle benzerlikler göstermektedir. Bu sonuç özellikle orta yaşlı ya da ileri yaşta kişilerde kanıtlanmıştır (20). Pilowski ve ark. (1977), ağrı yakınmasıyla kliniğe başvuranların %10'unda depresif sendrom tanımlandığını bildirdiler. Krishnan, France ve Houpt (1985) süregen bel ağrısından yakınmaların birinci dereceden akrabalarında, tek uçlu depresif bozukluk insidensini yüksek buldular (18). Romano ve Turner (1985) de böyle bir genetik yakınlığın varlığı konusuna dikkat çektiler (27). Keefe ve ark. (1986) bel ağrısı olan hastalarda ağrı ve ağrı davranışının değerlendirilmesinde depresif sürecin önemli bir etken olduğunu yazdılar (16).

Burns ve Nichols (1972), Schneider'in "vital depresyon" kavramı ile ilgili gördükleri, bedende bazı belirtileri yerleş-tirme olgusu üzerinde durdular. Kendell (1968), Roth ve Kerr (1970), hipokondriyak belirtilerin depresif bozuklukların türünü ayırtmede yararlı olabileceğini, bazan sanrı (delusion) düzeyine vararak Cotard sendromunu oluşturabileceğini ileri sürdüler. Kenyon (1976) da hipokondriyazisin depresif bozuklukları maskeleyebileceği görüşündedir (17).

Rosen, Kleinman ve Katon (1982), bedensel belirtilerle birlikte olan depresif bozukluklarda, hastaların ailede egemen olan "rahatsızlık davranışı (illness behavior)"nı, önbilirleyici kişilik yapısını, hastanın "ruhsal zihinleştirmesi"ni, bedensel dili kullanma alışkanlığını değerlendirmek gerektiğini savundular (28). Lazare ve Klerman (1968), histerik özelliklerin depresif bozuklukla birlikte olabileceğini, o zaman depresif bozukluğun şiddetini azaltabileceğini, histerik belirtilerin daha ciddi bir depresyona karşı bir savunma olabileceğini ileri sürdüler (19).



Şekil 1: Bedenselleştirmenin Biyopsikososyal Modeli (Rosen; Kleiman; Katon, 1982).





- 9- Ford, C.V.: "The Somatizing Disorders", *Psychosomatics*, 27 (5), 327-336, 1986.
- 10- Freedman, L. Z.: Hollingshead, A. B.: "Neurosis and Social Class", *Am. J. Psych.* March, 769-775, 1957.
- 11- Geçtan, E.: "Psikanaliz ve Sonrası", İstanbul, Hür Yayın, 1981.
- 12- Geçtan, E. "Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar" Ankara, Maya Yayıncılık, 1983.
- 13- Ibor, J. J. L.: "Masked Depressions" *Brit. J. Psych.* 120, 245-258, 1972.
- 14- Isenberg, P. L., Schatzberg A. F.: "Psychoanalytic Contribution to a theory of Depression", Ed: J. D. Cole, A. F. Schatzberg, S. H. Frazier, *Depression*, New York, Plenum Press, 1978.
- 15- Karan, O. : "Psikiyatrinin Tarihçesi", Ed. M. O. Öztürk *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 1983.
- 16- Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A. ve ark.: "Depression, Pain and Pain Behavior", *J. Consult. Clin. Psycho.* 54 (5), 665-669, 1986.
- 17- Kenyon, F. E.: "Hypochondriacal States" *Brit. J. Psychology*, 129, 1-4, 1976.
- 18- Krishnan, K. R. R., France R. D., Houpt J. L.: "Chronic Low Back Pain and Depression", *Psychosomatics*, 26 (4), 299-302, 1985.
- 19- Lazare, A., Klerman, L.: "Hysteria and Depression: The Frequency and Significance of Hysterical Personality Features in Hospitalized Depressed Women", *Am. J. Psych.* 124 (11), 48-56, 1968.
- 20- Lesse, S.: "Behavioral Problems Masking Depression Cultural and Clinical Survey", *Am. J. Psychotherapy*, 33 (1) 41-53, 1979.
- 21- Mendels, J., Stern, S, Frazer, A.: "Biological Concepts of Depression" Ed. D. M. Gallart, G. M. Simpson, *Depression*, New York, Spectrum Publications, 1976.
- 22- Mendelson, M.: "Psychodynamics of Depression", Ed. E.S. Paykel, *Handbook of Affective Disorders*, Singapore, Churchill Livingstone, 1982.
- 23- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L.: *Psychosomatic Families-Anorexia Nervosa in Context*, Massachusetts, Harvard University Press, 1978.
- 24- Nemiah, J. C.: "Somatiform Disorders", Ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Ed. III. Baltimore, London, Williams and Wilkins, 1980.
- 25- Rack, P. H.: "Ethnic Differences in Depression and Its Response to Treatment" *J. Int. Med. Res*, 8 (Suppl. 3), 20-23, 1980.
- 26- Radloff, L. S., Rae, D. S.: "Susceptibility and Precipitating Factors in Depression: Sex Differences and Similarities" *J. Abnorm. Psych.* 88 (2), 174-181, 1979.
- 27- Romano, J. M., Turner, J. A.: "Chronic Pain and Depression: Does the Evidence Support a Relationship?" *Psychological Bulletin*, 97 (1), 18-34, 1985.
- 28- Rosen, G., Kleinman, A, Katon, W.: "Somatization in Family Practice: A Biopsychosocial Approach" *J. Family Practice*, 14 (3), 493-502, 1982.
- 29- Singer, K.: "Depressive Disorders From A Transcultural Perspective" *Soc. Sci. Med.*, 9, 289-301, 1975.
- 30- Weissman, M. M., Klerman, G. L.: "Sex Differences and the Epidemiology of Depression", *Arch. Gen. Psych.* 34, 98-111, 1977.

## VIII. SSPE OLGUSU VE PERİODİK EEG ANOMALİLERİNDE DİAZEPAM SUPRESYON TESTİ

Dr. Baki ARPACI\*, Dr. Çiğdem ÖZKARA\*, Dr. Dilek ATAĞLI\*, Dr. Sevim BAYBAŞ\*, D  
Dr. Pakize SÜTLAŞ\*, Dr. Feriha ÖZER\*\*

ÖZET: 1988-1990 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Nöroloji Kliniği'nde incelenerek SSPE tanısı konan VIII olguya IV 10 mg Diazepam verilerek EEG çekimleri yapılmış ve bu uygulamanın daha önce yapılmış çalışmalara uygunluk göstererek EEG anomalilerini suprese etmediği hatta bazen aktive edebileceği belirlenmiş ve bu deneyin diğer bulgularla birlikte tanıya büyük oranda katkıda bulunduğu savı desteklenmiştir.

SUMMARY: During EEG recording 10 mg Diazepam was given intravenously to the SSPE patients examined and diagnosed in neurology clinic of Bakırköy Mental Disease Hospital between 1988-1990. After this application it was observed that EEG anomalies were not suppressed even might be activated. Just like the previous studies these results support the value of the test in contributing the diagnosis.

Key Words: SSPE, periodik EEG, kompleksleri, Diazem supresyon

\* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nöroloji Kliniği

\*\* Kartal Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği